

FORMULARIO DE RESPUESTA DEL RECLAMANTE

Reclamación

No.

Reclamante:

(1) Nombre completo	Mayra Bonet López
(2) Número de teléfono y correo electrónico	787-262-7690 mayra_bonet@hotmail.com
(3) Año contributivo para el cual reclamó un reintegro y/o créditos contributivos en la Evidencia de Reclamación ( <i>Proof of Claim</i> )	
(4) Si en la Evidencia de Reclamación ( <i>Proof of Claim</i> ) reclamó un reintegro y/o crédito paramás de un año contributivo, desglose la cuantía por cada año contributivo reclamado en la Evidencia de Reclamación ( <i>Proof of Claim</i> ).	
(5) Número de seguro social de individuo/ número de seguro social patronal	REDACTED
(6) En caso de haber sometido su reclamo ante un proceso administrativo y/o judicial (no relacionado a Título III), provea el número de caso administrativo, judicial o ambos.	
(7) Acompañe copia debidamente ponchada de las planillas de contribución sobre ingresos que están directamente relacionadas con el reintegro o crédito contributivo reclamado en la Evidencia de Reclamación ( <i>Proof of Claim</i> ), así como cualquier otra documentación que apoye su reclamo.	
(8) Describa en detalle la naturaleza de su reclamación y los fundamentos por los cuales usted cree que tiene derecho al reintegro o crédito contributivo reclamado. Incluya páginas adicionales si es necesario.	